

Trabajo Fin de Grado

EL SILENCIO CÓMPLICE EN EL MALTRATO AL ANCIANO
Plan de atención de enfermería hacia el anciano
en riesgo de maltrato y su cuidador principal.

THE COMPLICIT SILENCE IN ELDER ABUSE
Nursing care plan for the elder at risk of abuse and
his primary caregiver.

Autora

Alicia Benito Díaz

Directora

Laura Lasso Olayo

Facultad de Ciencias de la Salud

2019

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1 MARCO TEÓRICO.....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	7
3. METODOLOGÍA	8
4. DESARROLLO	11
4.1 VALORACIÓN.....	11
4.2 DIAGNÓSTICOS NANDA.....	18
4.3 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	18
4.4 OTROS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS.....	22
4.5 EVALUACIÓN	22
5. CONCLUSIONES.....	23
6. BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS	27
ANEXO 1 (Preguntas entrevista).....	27
ANEXO 2 (Escala Barthel).....	28
ANEXO 3 (Escala Yesavage)	29
ANEXO 4 (Escala Zarit).....	30

RESUMEN

Introducción: El maltrato a las personas mayores es un problema social y sanitario, que ha estado en silencio mucho tiempo. Afortunadamente, en la actualidad, es cuando está adquiriendo más visibilidad mediática.

Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en los valores de nuestra sociedad actual han menoscabado el estatus de los ancianos. Estas circunstancias han hecho que aumente la vulnerabilidad de los mayores frente a las instituciones y frente a sus cuidadores, ámbitos donde generalmente se circunscriben los malos tratos.

Factores individuales, relacionales, comunitarios y socioculturales pueden incrementar la posibilidad de sufrir malos tratos.

Objetivo: Diseñar un plan de cuidados de enfermería para la prevención del maltrato por parte de los cuidadores principales hacia las personas mayores en atención primaria.

Metodología: Se ha diseñado un plan de cuidados de enfermería a partir de una búsqueda de información en diferentes bases de datos, libros y páginas web. La valoración se establece por las 14 necesidades de Virginia Henderson. Los diagnósticos más habituales son de taxonomía NANDA, los objetivos, de clasificación NOC y las intervenciones de clasificación NIC.

Conclusiones: El problema del maltrato al anciano debe ser afrontado de manera interdisciplinar. Los profesionales sanitarios, especialmente la enfermería, tienen una perspectiva óptima para la prevención, detección y atención de los malos tratos a los mayores. El presente plan de cuidados es una herramienta idónea dentro de la etapa de prevención.

PALABRAS CLAVE:

Prevención del maltrato al anciano, Enfermería, Edadismo, Violencia hacia los ancianos, Cuidador principal, Atención primaria.

ABSTRACT

Introduction: Elder mistreatment is a social and a sanitary issue that has been silent for a long time. Fortunately, it is nowadays when it's getting more visible.

Changes in social structures, in the family context, and in the attitudes and values of our society have undermined the status of the elderly.

These circumstances make the elderly more vulnerable to their caregivers or the institutions, areas where usually mistreatment takes place.

There are many risk factors in the Elder and the caregiver that can increase the risk of abuse, in addition to individual, relational, community and sociocultural factors.

Objective: To design a nursing care plan for the prevention of mistreatment by the primary caregivers towards the elderly in primary health care.

Methodology: This is a nursing care plan designed from a bibliographic research on different data bases, books and web sites. The assessment has been designed according to the fourteen basic human needs of Virginia Henderson. Diagnostics are from the NANDA system, outcomes are from the NOC system, and interventions from the NIC system.

Conclusions: Elder mistreatment must be faced interdisciplinarily. Health professionals, specially the nurses, have a perfect perspective for the prevention, detection and attention of elder mistreatment. This nursing care plan represents an accurate tool for the prevention.

KEY WORDS:

Prevention of Elder abuse, Nursing, Ageism, Violence against the Elder, Primary Caregiver, Primary health care.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato a las personas mayores es un fenómeno complejo, multifactorial y muy grave que afecta a nuestra sociedad y que desgraciadamente ha estado oculto durante mucho tiempo. El silencio tanto de las víctimas, como de profesionales, acompañantes y de la sociedad en general nos hace cómplices de esta lacra que en muchos casos ha resultado tabú, como lo fue en su momento la violencia de género y la violencia infantil¹.

En las sociedades occidentales, las políticas de prevención y de promoción de la salud, así como una mejora en los hábitos higiénico dietéticos, han favorecido la esperanza de vida llevando consigo un incremento de la población de más de 85 años, siendo este el grupo etario con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y situaciones de fragilidad que impiden su autonomía diaria^{2,3}.

A partir de esta vulnerabilidad, surge el término de anciano frágil, que se define como aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo emplaza en una situación de vulnerabilidad ante perturbaciones externas y resulta en una mayor probabilidad de presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas...) y pérdida de función, discapacidad o dependencia⁴. Son limitaciones que les impiden proteger por sí mismos sus derechos.

Un elemento importante y crucial, consecuencia de una sociedad que ha cambiado tan rápidamente en pocos años, es la debilitación tanto de las redes sociales y comunitarias como de los modelos familiares, que en otras épocas habrían servido de apoyo a las generaciones mayores⁵.

Si se habla de factores de riesgo, los escenarios que conducen al maltrato pueden estar relacionados con situaciones estresantes, con el cansancio del rol de cuidador, abuso de alcohol, drogas, conflictos, bajo nivel socio-económico, desórdenes psicológicos o experiencias previas de maltrato en el agresor. Aumentan las probabilidades de sufrir maltrato, factores referentes al anciano como son la depresión, cohabitación, discapacidad física y mental, bajo nivel cognitivo, bajo nivel económico y cultural, y sobre todo las situaciones de dependencia^{1,6}.

Los ancianos maltratados tienden a desarrollar actitudes de culpabilidad, baja autoestima y depresión, reforzando así, su situación de dependencia y aumentando el estigma social^{7,8}.

Otro de los factores de riesgo prevalentes y de necesaria visibilización y sensibilización es el de ser mujer, siendo este el grupo más escondido⁹. En este caso resulta el eslabón más frágil ya que es víctima doble, por ser persona mayor y por el hecho de ser una mujer en una sociedad principalmente machista y patriarcal¹⁰.

Si bien existe el maltrato institucional como forma de abuso que ocurre dentro de los servicios dirigidos a los ancianos, los principales perpetradores de violencia suelen ser los propios miembros de la familia. Haciendo del maltrato al anciano un fenómeno difícil de identificar, ya que es frecuente el miedo a denunciar, no solo por ellos mismos si no también para proteger a los miembros más allegados. Aunque se calculan cifras alarmantes, alrededor del 47% de los mayores de 60 años han sufrido o sufren maltrato emocional^{7,11}.

Una de las definiciones de este tipo de maltrato ampliamente reconocida a nivel mundial es la de La Organización Mundial de la Salud (OMS):

*"El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión"*¹².

Otro término que resulta significativo y que define bien el fenómeno de la discriminación a la población anciana es el "edadismo" *que en 1969 Butler define refiriéndose a los estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas por el simple hecho de ser mayores y que se reflejan en conductas como el desdén, el desagrado, el insulto o, simplemente, evitando la cercanía y el contacto físico*¹³.

Al ser un fenómeno global, y de interés internacional, fue necesario que las Naciones Unidas abordaran por primera vez la violencia contra las personas mayores en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002)¹⁴.

1.1 MARCO TEÓRICO

Para abordar el problema de la violencia hacia los mayores es útil la visión teórica que propone el profesor de psicogerontología, Muñoz Tortosa, a partir de la Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner, en la que enfoca esta perspectiva hacia el maltratador y el anciano. Concibe a cada individuo de una forma integral en la que está inmerso en una serie de sistemas, la familia (microsistema), la relación entre sistemas (mesosistema), comunidad (exosistema) y la cultura y sociedad (macrosistema)¹⁵

A raíz de esta perspectiva de visión integral en la que el anciano y el cuidador principal conforman un microsistema se ha considerado en este trabajo a la pareja como una unidad para la intervención de enfermería.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se fundamenta en una justificación clínica, legal y ética.

Desde el punto de vista clínico, por ser el maltrato una entidad clínica en sí mismo, que produce lesiones en la salud física, mental, espiritual y social de la persona.

Desde el punto de vista legal porque son actos recogidos en el sistema constitucional español con legislación específica en el código civil y penal, y al que se suman agravantes por ser consideradas las víctimas especialmente vulnerables.

Desde el punto de vista ético dado que el maltrato hacia las personas mayores es una situación que atenta contra los derechos humanos fundamentales. Además de que desde el código deontológico de enfermería se establece el artículo VIII donde se constituye el derecho a la ancianidad digna, saludable y feliz¹⁶.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de cuidados de enfermería para la prevención del maltrato por parte de los cuidadores principales hacia las personas mayores en atención primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer la realidad social entorno al maltrato a las personas mayores en el medio doméstico desde el punto de vista de la atención enfermera.

Estudiar las posibles situaciones de riesgo en la relación cuidador principal-anciano.

Elegir las actividades de enfermería idóneas entre las recogidas en el NIC (Nursing Interventions Classifications) para el diseño del plan de cuidados.

3. METODOLOGÍA

El trabajo es un plan de cuidados estandarizados, un método de cuidados unificados y válidos para todas las personas que presentan determinados procesos o situaciones comunes. Detalla un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que deben estar presentes, así como las intervenciones asociadas más efectivas¹⁷.

Para desarrollarlo, se ha llevado a cabo una actualización del tema a partir de la búsqueda bibliográfica, donde las fuentes de información han sido artículos de bases de datos online, monografías y libros en internet, páginas web y libros físicos.

Las bases de datos online utilizadas han sido ScienceDirect, Pubmed, Cuiden Plus y Scopus, en ellas se han utilizado, operadores booleanos, de sustitución y operadores literales.

TABLA 1. *Resumen de la búsqueda bibliográfica.*

FUENTE	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	LIMITACIÓN	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
ScienceDirect	"Elder abuse" AND nursing NOT home	Años 2010 a 2019 Open access	17	2
	Detección AND "anciano frágil"	Años 2010 a 2019 Open access	7	1
Pubmed	"Elder abuse" OR "Elder mistreatment" AND wom?n	Años 2015 a 2019 Open full Access Humans Spanish or English.	22	1
	"prevalence of Elder abuse"	Años 2014 a 2019 Free full text Humans English or Spanish	61	1
Cuiden Plus	Maltrato AND mayores	Acceso a texto completo Años 2010 a 2019	12	2
Scopus	Elder AND mistreatment	Open Access Nursing 2015 to 2019	8	1

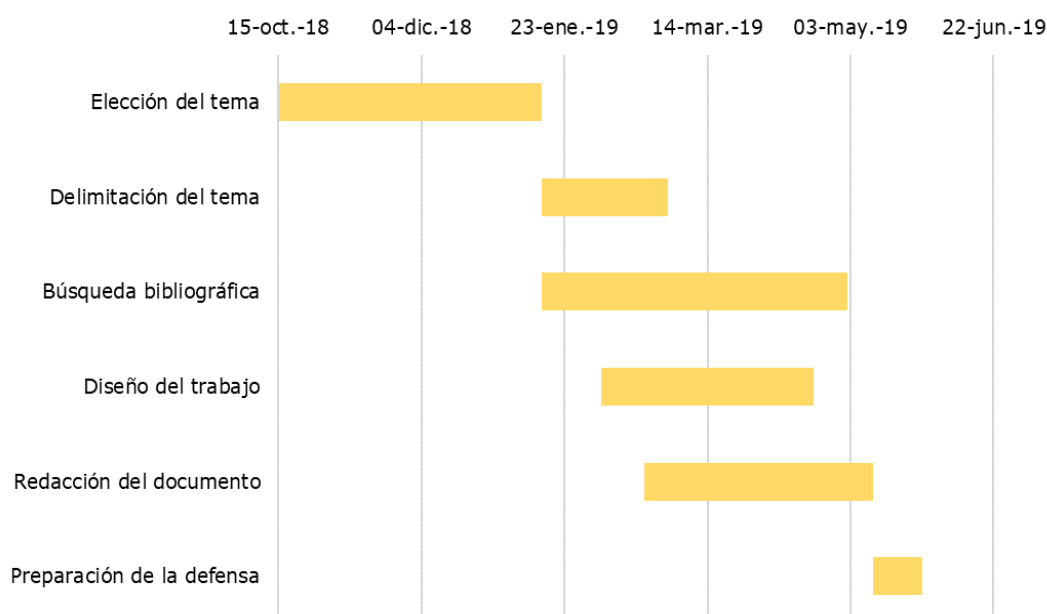
Se ha consultado también documentos de organismos nacionales e internacionales obtenidos en sus correspondientes páginas web.

TABLA 2. *Resumen de los organismos consultados.*

ORGANISMOS	DOCUMENTOS
Organización Mundial de la Salud (OMS)	2
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)	1
Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia.	1
Organización Colegial de Enfermería de España	1

La distribución en el tiempo para el desarrollo del trabajo ha sido la siguiente:

TABLA 3. *Distribución en el tiempo del desarrollo del trabajo fin de grado.*



La población diana del plan de cuidados son ancianos vulnerables, al cuidado de un familiar dentro de la comunidad perteneciente a un centro de salud aragonés.

El plan de atención de enfermería consta de una valoración basada en la entrevista y evalúa la situación de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se han desarrollado aquellos diagnósticos de taxonomía NANDA más relevantes en cuanto al maltrato al anciano.

Para proyectar los resultados a alcanzar con las intervenciones enfermeras se ha utilizado la herramienta NOC (Nursing outcomes classification).

Las actividades a realizar en el plan de cuidados están relacionadas a las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) elegidas por su idoneidad para cada uno de los diagnósticos.

Las actividades están dirigidas a la figura del cuidador o cuidadora principal, a la persona mayor o a ambos, considerándolos como una unidad.

4. DESARROLLO

4.1 VALORACIÓN

En la valoración propuesta para el plan de intervención, se estudia la situación de las personas mayores en riesgo de maltrato dentro de una comunidad en atención primaria.

La valoración consiste en una entrevista dividida en tres secciones, la primera es la entrevista que se le realizará a la persona mayor de forma individual, a continuación, se entrevistará a la persona cuidadora, y finalmente se hará la entrevista en común.

El objetivo de la valoración individual del anciano es conocer su situación vital subjetiva, el grado de dependencia, su estado cognitivo, y por último el grado de depresión.

Para este momento es conveniente el uso de preguntas abiertas, sobre todo al comienzo de la sesión, debido a que tienden a ser menos amenazantes para la persona. Esto deriva en una situación de ambiente seguro para la expresión de sentimientos reales.

El inconveniente de las preguntas abiertas es que permiten al individuo desviarse de los temas que no le resultan cómodos, como por ejemplo, cómo es la relación con su cuidadora o cuidador principal. Por ello es necesario, intentar controlar la dirección de la conversación, pero siempre sin abrumar y respetando los espacios y silencios (Anexo 1).

Para la valoración del grado de dependencia se utilizará el índice de Barthel (Anexo 2) para la independencia en las actividades básicas de la vida diaria. Con el objeto de conocer el estado emocional de la persona mayor, se evaluará el grado de depresión geriátrica con la escala validada de Yesavage (Anexo 3).

El siguiente momento de la valoración, es la entrevista a la cuidadora o cuidador principal. En ella, se emplearán preguntas abiertas y escucha activa para conocer su posición y cómo afronta la adopción del rol de cuidador. En este caso las preguntas van destinadas a valorar sus conocimientos acerca del cuidado de una persona mayor, de cómo enfrenta las situaciones de estrés y qué recursos utiliza para liberar la tensión.

La utilización de la escala para conocer la sobrecarga del cuidador de Zarit proporcionará información acerca del riesgo de la aparición de conductas abusivas hacia la persona a su cargo (Anexo 4).

El último momento del proceso de valoración es la entrevista en común de ambos, en ella se conoce la relación entre ambos individuos. Es importante observar sobre todo cambios de conducta en presencia del otro¹⁸.

Una vez llevada a cabo la valoración, se incluirán en el plan de cuidados aquellas unidades cuidador principal-persona mayor que reúnan al menos dos de las siguientes condiciones:

- Persona mayor con una percepción vital subjetiva deficiente. Y con un resultado en la escala de Yesavage de 11 o más.
- Un grado de dependencia moderado o severo, con un resultado en el índice de Barthel de 90 o menos.
- Cuidador principal con conocimientos deficientes acerca del cuidado de una persona dependiente.
- Índice de sobrecarga del cuidador de Zarit de 56 o más.

La recogida de datos se establece por las necesidades básicas de Virginia Henderson.

TABLA 4. *Valoración por las necesidades básicas de Virginia Henderson.*

Necesidad 1: Respiración y oxigenación normal.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Buena ventilación. Frecuencia respiratoria normal. Buena perfusión tisular.	Dificultad para respirar. Necesita apoyo de oxigenoterapia o ventilatorio.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan	No se observan.	No se observan.

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Nutrición e hidratación adecuadas a las necesidades del anciano.	Deshidratación, desnutrición o malnutrición.	Valorar si el peso es el adecuado.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan.	No se observan.	No se observan.

Necesidad 3: Eliminación normal de desechos corporales.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	No se observan.	Incontinencia.	Valorar cambios en el patrón de eliminación.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan	No se observan	No se observan.

Necesidad 4: Movilidad y posturas adecuadas.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Realiza algo de ejercicio físico, si le es posible.	Sedentarismo. Encamado.	Valorar si se realizan cambios posturales a las personas encamadas.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan.	No se observan.	No se observan.

Necesidad 5: Sueño y descanso adecuado.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Descansa correctamente.	Alteraciones del patrón del sueño. No descanso adecuado.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Intenta respetar las horas de sueño. Busca momentos para descansar.	Manifiesta cansancio físico.	No se observan.

Necesidad 6: Vestirse y desvestirse con normalidad.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	No se observan.	No es capaz de vestirse o desvestirse por sí solo.	Valorar si las prendas atentan contra la dignidad.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan.	No se observan.	No se observan.

Necesidad 7: Mantener la temperatura del cuerpo.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Temperatura corporal adecuada.	No se observan.	Valorar si las prendas son adecuadas a la temperatura externa.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	No se observan.	No se observan.	El cuidador conoce como

Necesidad 8: Higiene corporal

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Correcta higiene corporal.	No es capaz de ocuparse de su higiene corporal de manera independiente.	Falta de aseo.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Correcta higiene corporal.	No mantiene la higiene adecuada.	Falta de aseo.

Necesidad 9: Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	No se observan.	No adherencia al tratamiento.	La correcta utilización de elementos de protección, si los necesitara.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Muestra interés por salvaguardar su seguridad y la de la persona mayor.	Abuso de sustancias. Ejerce conductas de riesgo. Muestra patrones de violencia.	Valorar si es posible, la seguridad en el domicilio.

Necesidad 10: Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Expresa sus sentimientos de manera adaptativa. Comunica sus opiniones al cuidador.	Dificultad para la comunicación. Miedo a la expresión de sentimientos.	Utiliza recursos para la comunicación, si la capacidad de la misma está disminuida.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Expresa sus sentimientos de manera adaptativa. Comunica sus opiniones a la persona a su cuidado.	Dificultad para la comunicación. Bloqueo en la expresión de sentimientos.	No se observan.

Necesidad 11: Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Muestra valores éticos y actúa de acuerdo a ellos.	No se observan.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Muestra valores éticos y actúa de acuerdo a ellos.	Actúa en desacuerdo a los propios valores éticos.	No se observan.

Necesidad 12: Realización personal.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Satisfecho con su vida.	Muestra descontento con su propia vida. Conducta depresiva.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Satisfecho con su vida.	Muestra descontento con su propia vida. Conducta depresiva.	No se observan.

Necesidad 13: Ocio.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Utiliza recursos de ocio y entretenimiento.	No emplea su tiempo libre en actividades recreativas.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Utiliza recursos de ocio y entretenimiento.	No emplea su tiempo libre en actividades recreativas.	No se observan.

Necesidad 14: Aprender y satisfacer la curiosidad personal.

	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	DATOS A VALORAR
PERSONA MAYOR	Muestra interés por aprender.	No muestra interés en aprender nuevas herramientas.	No se observan.
CUIDADOR/A PRINCIPAL	Muestra interés por aprender,	No muestra interés en aprender nuevas herramientas.	No se observan.

4.2 DIAGNÓSTICOS NANDA¹⁹

- [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros relacionado con patrón de amenaza de violencia.
- [00174] Riesgo de compromiso de la dignidad humana relacionado con tratamiento deshumanizador.
- [00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con patrón de adaptación del cuidador ineficaz.
- [00229] Riesgo de relación ineficaz relacionado con una crisis de desarrollo.

4.3 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros relacionado con patrón de amenaza de violencia¹⁹.

Diagnóstico del cuidador.

Conocer las actitudes que pueden desencadenar violencia hacia el anciano es básico para la prevención, de forma que la enfermera debe trabajar el control de los impulsos y el nivel de estrés del cuidador.

Resultados esperados NOC:

[1405] AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS²⁰

Indicadores:

[140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas.

[140501] Identifica conductas compulsivas perjudiciales.

[1212] NIVEL DE ESTRÉS¹⁹

Indicadores:

[121219] Arrebatos emocionales.

[121220] Irritabilidad.

Intervenciones de enfermería NIC:

[4370] ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS²¹

Actividades:

Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.

- Ayudar al paciente a reconocer los pros y los contras de las conductas antes de actuar.

Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

- Utilizar técnicas de modificación de conductas cognitivas como el role-playing para practicar las reacciones adaptativas. Y reflexionar después sobre la conducta elegida.

[5960] FACILITAR LA MEDITACIÓN²¹

Actividades.

Establecer una meditación guiada.

- Utilizar técnicas de meditación guiada, y otras técnicas como la de relajación de los músculos, acompañando a la respiración.

[00174] Riesgo de compromiso de la dignidad humana relacionado con tratamiento deshumanizador¹⁹.

Diagnóstico del anciano.

Es común que la primera forma de maltrato sea el de un tratamiento no adecuado y vejatorio de la persona mayor. El indicativo más relevante de que esto no se está produciendo es una buena situación vital subjetiva del anciano.

Resultados esperados NOC:

[2002] BIENESTAR PERSONAL²⁰

Indicadores:

[200203] Relaciones sociales.

[200209] Nivel de felicidad.

Intervenciones de enfermería NIC:

[5440] AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO²¹

Actividades:

Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.

- Es imprescindible conocer si tanto el anciano como su red de cuidado conocen los recursos de la comunidad que pueden favorecer su situación emocional. Si presentan prejuicios hacia estos y cuales son.

Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

- Después de informar sobre los recursos y activos en salud de la comunidad aptos para ello, instar a que participen.

[5270] APOYO EMOCIONAL²¹

Actividades:

Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

- La enfermera puede valorar si la persona es receptiva del contacto físico, ya que es un recurso que puede proporcionar calma o violentar.

Comentar la experiencia emocional con el paciente.

- Conocer cuales son sus sentimientos, qué opina de su vida, animarle a que se exprese en la medida que pueda.

[00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con patrón de adaptación del cuidador ineficaz¹⁹.

Diagnóstico para el cuidador.

Cuidar al cuidador es una de las estrategias más efectivas en la prevención del abuso. Técnicas de control de la ira, y de manejo del descanso serán útiles para mantener a los cuidadores de la comunidad adaptados eficazmente a su rol.

Resultados esperados NOC:

[1804] CONOCIMIENTO: CONSERVACIÓN DE LA ENERGÍA²⁰.

Indicadores:

[180416] Técnicas de conservación de la energía.

[180407] Estrategias para equilibrar la actividad y reposo.

[1400] AUTOCONTROL DE LA CONDUCTA ABUSIVA²⁰.

Indicadores:

[140025] Se abstiene de una conducta abusiva físicamente.

[140026] Se abstiene de una conducta abusiva emocionalmente.

[140027] Se abstiene de una conducta abusiva sexualmente.

[140028] Se abstiene del abandono de las necesidades básicas de la persona dependiente.

Intervenciones de enfermería NIC:

[0180] MANEJO DE LA ENERGÍA²¹:

Actividades:

Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

- Promover en el cuidador o la cuidadora actividades de ocio propias que sean compatibles con el cuidado y que le supongan momentos de intimidad empleados para sí mismo.

Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.

- Ayudar al cuidador a establecer rutinas diarias de cuidados de forma que se prevean durante el día momentos de descanso para el cuidador.

[4640] AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO²¹:

Actividades:

Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada de éste.

- Educar acerca de la "escalada de la ira" y de cómo actuar en las primeras fases del enfado. Proporcionar conocimientos acerca de la correcta expresión de la frustración a través del diálogo y no cayendo en la confrontación. Evitar pensamientos acerca de "ganador o perdedor"

Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen calma.

- Proporcionar herramientas que proporcionan tranquilidad en el momento del enfado. Contar hasta 10, utilizar las respiraciones profundas, repetir expresiones de calma mentalmente...

[00229] Riesgo de relación ineficaz relacionado con una crisis de desarrollo¹⁹.

Diagnóstico del cuidador y del anciano.

Que el anciano y la persona cuidadora mantengan una relación adaptativa, feliz y mutua es básico para disminuir el riesgo de conflictos o conductas negligentes. Por otro lado, es fácil y lógico que se produzcan discusiones y conflictos entre ellos. La figura de la enfermera puede actuar sobre ello y ayudar a que exista una comunicación efectiva.

Resultados esperados NOC:

[2204] RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE²⁰

Indicadores:

[220401] Comunicación efectiva.

[220412] Sentido de la responsabilidad.

[220404] Tranquilidad.

[220410] Respeto mutuo.

Intervenciones de enfermería NIC:

[7100] ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR²¹

Actividades

Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

- El primer paso es entablar una relación de confianza con la familia. Que se consigue a través de la escucha activa, sin juicios y utilizando recursos como el contacto físico o el respeto de los silencios.

Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.

- Ayudar a la unidad familiar a resolver los conflictos a través de la reflexión y de la exploración de las opciones.

4.4 OTROS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS¹⁹

[00036] Riesgo de asfixia
[00015] Riesgo de estreñimiento
[00253] Riesgo de hipotermia
[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
[00249] Riesgo de úlcera por presión
[00097] Déficit de actividades recreativas
[00035] Riesgo de lesión
[00037] Riesgo de intoxicación
[00038] Riesgo de traumatismo
[00043] Protección ineficaz
[00146] Ansiedad
[00150] Riesgo de suicidio
[00222] Control de impulsos ineficaz
[00251] Control emocional inestable
[00052] Deterioro de la interacción social

4.5 EVALUACIÓN

La evaluación es un elemento indispensable del plan de cuidados que tiene por objeto valorar la efectividad de las intervenciones y los métodos que se han llevado a cabo.

Se realizará mediante los indicadores NOC propuestos anteriormente. En cada encuentro con el cuidador y el anciano, la enfermera registrará y documentará las actividades realizadas y los valores en la escala Likert de los indicadores del plan. De esta forma la enfermera será capaz de controlar el progreso en el plan de cuidados.

Al ser éste un plan de prevención los encuentros con los pacientes deberán ser en vista a largo plazo, la frecuencia de las consultas dependerá de los indicadores en cada momento, siendo más habituales al comienzo del plan.

5. CONCLUSIONES

Realizando el presente trabajo se ha advertido que, durante la búsqueda bibliográfica, la cantidad de información encontrada ha sido escasa con respecto a otras formas de maltrato como son la violencia de género o el maltrato infantil. Esto quiere decir que todavía el maltrato a las personas mayores se encuentra en un segundo plano, y es necesario acabar con el silencio que rodea a esta violencia.

Los profesionales sanitarios tienen una perspectiva privilegiada dada la relación directa tanto con las personas mayores, como con la familia o con la institución que lo cuida. Esta circunstancia dota a la enfermería de un papel esencial a la hora de la detección y la atención de los malos tratos.

Con respecto a las situaciones de riesgo que presentan anciano y cuidador principal, se ha concluido en que son contextos frecuentes en el ámbito comunitario, y con una valoración de enfermería adecuada, y el uso de escalas validadas como Yesavage, Barthel y Zarit se facilita la detección de una situación de riesgo.

Por otro lado, es posible disminuir ese riesgo con una serie de actividades implementadas desde el plan de cuidados. Enfermería tiene un importante papel para la prevención primaria, secundaria y terciaria de esta silente problemática social.

Una de las grandes dificultades actuales que obstaculizan la lucha contra el problema es que ningún estamento profesional asume enteramente la responsabilidad con respecto a los ancianos en riesgo de abuso.

El objetivo de una sociedad libre de maltrato a nuestros mayores, ha de afrontarse desde un ámbito multidisciplinar, en el que participen las profesiones sanitarias, trabajo social, policía, ámbito judicial...etc.

Desde la disciplina enfermera, estos nuevos retos exigen nuevas líneas de actuación y de investigación que den respuesta profesional para prevenir, detectar, atender y erradicar el maltrato a las personas mayores.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Gutiérrez González B, Izal Fernández de Tróconiz M, Martínez Maroto A, Moya Bernal A, et al. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. 1ª Ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad; 2005
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [Abril 2019]. Envejecimiento y ciclo de vida, traslación de conocimiento; 2. Disponible en: https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/es/
3. Schafer MH, Koltai J. Does embeddedness protect? Personal network density and mistreatment among older American adults. The Journals of Gerontology. [Internet]. 2015 [Abril 2019]; 70 (4):597-606. Disponible en: <https://academic-oup-com.cuarzo.unizar.es/9443/psychsocgerontology/article/70/4/597/648072>
4. Lesende IM, Iturbe AG, Pavón JG, Cortés JJB, Soler PA. The frail elderly. Detection and management in Primary Care. Aten Primaria. [Internet]. 2010 [Mayo 2019]; 42(7):388-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud. [Internet] Washington DC. Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación científica y técnica No. 588. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/725>
6. Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. [Internet]. Valencia. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía); 2008 [Enero 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307441179_Maltrato_de_personas_mayores_en_la_familia_en_Espana
7. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. Aten Primaria. [Internet]. 2014 [Mayo 2019]; 46 (Espec Cong 1): 206-209. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700939>
8. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E, Verté D. Learning to detect and prevent elder abuse: The need for a valid risk assessment instrument. Procedia. [Internet]. 2015 [Abril 2019]; 191: 1483-1488. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815028438>

9. Agea Cano I, Moreno J. La invisibilidad de las mujeres mayores víctimas de violencia de género. Paraninfo. [Internet]. 2014 [Abril 2019]; 21. Disponible en: <http://www.index-f.com.cuarzo.unizar.es:9090/para/n21/pdf/013.pdf>
10. McGarry J, Parveen A, Hinchliff S. Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice. JCN. [Internet]. 2016 [Marzo 2019]; 26: 15-16. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13490#accessDenialLayout>
11. Ho CSH, Wong S, Chiu MM, Ho RCM. Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta- analysis and Meta-regression. East Asian Arch Psychiatry. [Internet]. 2017 [Abril 2019]; 27:43-55. Disponible en: <https://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/771-1703-v27n2-p43>
12. Declaración de Toronto para la Prevención Global del maltrato a las personas mayores [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2003 [Abril de 2019]. Envejecimiento y ciclo de vida, publicaciones; 3. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/es/>
13. Bárcena Calvo C, Iglesias Guerra JA, Galán Andrés MI, Abella Garcia V. Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. Rev Enfermería Castilla Y León [Internet]. 2009;1(1):46-52. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/18>
14. United Nations. [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. 2002 [Abril 2019]. United Nations-Ageing; 2. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/what-we-do.html>
15. Rueda Estrada JD, De la Red Vega N, Vega García C, Nieto Bedoya M, Niño Martín V. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. [Internet]. Valladolid: Contraste, S.L. 2006 [Enero 2019] Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1237540725050/Redaccion>
16. Organización Colegial de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Organización Colegial de Enfermería de España; 1989.
17. Observatorio de Metodología Enfermera [Internet]. Madrid: FUDEN; 2017 [Mayo 2019]. Disponible en: http://www.ome.es/02_02_01.cfm?idCategoria=32#top

18. Muñoz Salido A, Hijano Muñoz JM, Rico Martín MC. Factores de riesgo sobre las vejaciones en la tercera edad. Paraninfo Digital. [Internet]. 2016 [Marzo 2019]; 25. Disponible en: http://www.index.com.cuarzo.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=699492_1
19. Herdman TH, Shigemitsu S. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2015.
20. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 6ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2018.
21. Burcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM, Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1. Entrevistas tipo.

EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA INDIVIDUAL AL ANCIANO:

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál es?
- ¿Se siente a gusto en casa?
- ¿Está mucho tiempo solo en su domicilio?
- En casa, ¿Busca algún entretenimiento?
- ¿Qué tal se lleva con su cuidador?
- ¿Le regaña mucho?
- ¿Discuten mucho?
- ¿Quién maneja su pensión?
- ¿Toma muchos medicamentos?
- ¿Quién se los prepara?
- ¿Los medicamentos que le dan le producen mareo o adormecimiento?
- ¿Le ayudan con la higiene personal todos los días?
- ¿Alguna vez le han puesto la mano encima?
- ¿Creen que le tratan bien?
- ¿Siente que falta algo en su vida?
- ¿Es usted feliz?

EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA INDIVIDUAL AL CUIDADOR O CUIDADORA PRINCIPAL:

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Tiene alguna preocupación? ¿Cuál es?
- ¿Se siente a gusto en casa?
- ¿Tiene alguna afición?
- ¿Le supone una carga ser el responsable del cuidado de un anciano?
- ¿Se siente cansado a lo largo del día?
- ¿Alguna vez pierde los nervios?
- ¿Conoce los recursos disponibles para los cuidadores en la comunidad?
- ¿Alguna vez ha consultado al trabajador social sobre las ayudas a las que puede optar?
- ¿Siente que falta algo en su vida?
- ¿Es usted feliz?

EJEMPLOS DE LAS PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA AL CUIDADOR Y AL ANCIANO.

- ¿Creen que su comunicación es buena?
- ¿Hacen muestras de cariño a la otra persona?
- ¿Cambiarían algo de su relación?
- ¿Cuántas veces al día dirían que discuten?
- ¿Agradecen los esfuerzos que hace la otra persona por ustedes?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. Escala de Barthel.

INDICE DE BARTHEL

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
COMER	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
LAVARSE	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
DEPOSICIONES (valorese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasional episodio de incontinencia, o necesita ayuda administrarse supositorios o lavativas	5
	Continencia	0
MICCIÓN (valorese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Continencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
TOTAL		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

< 20 puntos: dependencia total.

20-35 puntos: dependencia grave.

40-55 puntos: dependencia moderada.

> 60 puntos: dependencia leve.

100 puntos: independencia.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, Test e índices para la valoración del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002 [Mayo 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf

ANEXO 3. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, Test e índices para la valoración del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002 [Mayo 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf

ANEXO 4. Escala de Zarit.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, Test e índices para la valoración del paciente. [Internet] Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002 [Mayo 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf